

Gây mê BN có bệnh tâm thần

PGS.TS.BS Nguyễn Thị Thanh

TĐHYK Phạm Ngọc Thạch

ĐHYD TP.HCM

Các rối loạn tâm thần

- Các dạng rối loạn tâm thần : 10% dân số
- Trầm cảm thường gặp nhất
- Đa số BN tâm thần được điều trị ổn định
- Nhiều BN dùng thuốc tâm thần dài ngày
- RL tâm thần nặng khoảng 1%.
- Nguy cơ tự làm tổn hại và tự sát

Nguy cơ chu phẫu

- Đáp ứng với stress bị hư hại
- Tổn thương về thể chất, do thuốc, hay hành vi bất thường
- Tương tác của thuốc tâm thần với thuốc mê
- Các vấn đề liên quan :
 - Không còn khả năng ký cam kết (lú lẫn, hưng phấn, loạn thần)
 - Bệnh tâm thần gây rối loạn thể chất nặng : chán ăn do thần kinh
 - Tương tác giữa thuốc mê và thuốc tâm thần

Trầm cảm

- Thường gặp nhất, 10-20% dân số
- Biểu hiện : buồn , bi quan
- Nguyên nhân : có nhiều yếu tố tham gia
- Điều trị thuốc dựa trên cơ sở các biểu hiện là do não thiếu dopamine, norepinephrine và serotonin hay do thụ thể hoạt động kém.
- 50% BN có tăng tiết cortisol và bất thường tiết hormone theo chu kỳ ngày đêm

Thuốc điều trị trầm cảm

- 4 nhóm :
 - Chống trầm cảm 3 vòng (TCA)
 - Ức chế sự bắt lại serotonine chọn lọc
 - Thuốc khác: venlafaxine, mirtazapine
 - Monoamine oxidase inhibitor (MAOIs)
- Các thuốc này phải tiếp tục dùng trong suốt thời gian chu phẫu
- 5% BN không đáp ứng thuốc phải làm sốc điện trị liệu (Electroconvulsion treatment)

Hội chứng ngưng thuốc đột ngột

- Buồn nôn , đau bụng
- Tiêu chảy
- RL giấc ngủ
- Triệu chứng thân thể : vã mồ hôi, mệt lả và nhức đầu)
- Triệu chứng tình cảm : chán chường, lo âu và bứt rứt
- Khởi sự trong vài ngày sau khi ngưng thuốc và hết khi dùng thuốc trở lại

Thuốc chống trầm cảm ba vòng

- Trước đây là thuốc chủ yếu điều trị trầm cảm, nay được thay bằng ức chế bắt lại serotonine (SSRI) vì ít tác dụng phụ và an toàn hơn khi quá liều.
- Còn dùng để điều trị đau mạn tính.
- Có hiệu quả sau khi dùng 2-4 tuần
- Amitriptyline, imipramine, desipramine, doxepi, nortriptyline,

Thuốc chống trầm cảm ba vòng (2)

- Ức chế sự bắt lại norepinephrine và serotonin ở khe tiếp hợp bằng cách cạnh tranh với protein chuyên chở
- Tác dụng phụ giống atropine : khô miệng, nhìn mờ, bí tiểu và bón; an thần, loạn nhịp tim, hạ HA thể đứng
- Gắn kết chặt với protein, tăng tác dụng nếu dùng chung với thuốc cạnh tranh (aspirine, warfarine, digoxine)

Thuốc chống trầm cảm ba vòng (3)

- Quá liều: rất độc, kích động, nói sảng, ức chế hô hấp, hôn mê.
 - Loạn nhịp tim với đoạn QT kéo dài
 - Không thuốc hóa giải, chỉ điều trị hỗ trợ với kiềm hóa máu để giảm dạng tự do của thuốc

Gây mê BN đang dùng TCA

- Không ngưng thuốc chu phẫu
- Tăng nhạy cảm với catecholamine gây tăng HA và loạn nhịp tim sau khi dùng các thuốc giống giao cảm (adrenaline, noradrenaline).
 - Tránh dùng các thuốc kích thích giao cảm gián tiếp (ephedrine, metaraminol)
- Loạn nhịp thất có thể xảy ra với liều cao thuốc mê hô hấp, nhất là halothane
- Tránh dùng **pancuronium, ketamine, meperidine, thuốc pha epinephrine.**
- Nếu tụt HA , nên dùng phenylephrine liều thấp

Gây mê BN đang dùng TCA

- TCA gây chậm làm trống dạ dày
- Atropine qua hàng rào máu não gây lẫn lộn sau mổ
- **Tramadol** gây tăng nguy cơ độc TKTU

Thuốc ức chế bắt lại serotonine (SSRI)

- Hiện là thuốc chống trầm cảm dùng toàn cầu, dùng trong các CĐ khác (RL hoảng hốt, ám ảnh)
- Ức chế bắt lại serotonine từ khe tiếp hợp ở màng trước tiếp hợp. Ít độc tính hơn TCA
- Fluoxetine, paroxetine và sertraline
- Tác dụng phụ: trên tiêu hoá (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, XHTH trên) và TKTU (mất ngủ, kích động, run rẩy, nhức đầu, rối loạn tình dục). Ít tác dụng tim mạch (đôi khi chậm nhịp tim)

Thuốc ức chế bắt lại serotonine (SSRI)

- Ở BN có tiền căn TMCT, thuốc SSRI có thể gây co thắt mạch vành
- Gây SIADH, đặc biệt ở người già , biểu hiện hạ natri máu
- Liều cao, gây ức chế kết tập tiểu cầu và gây chảy máu kéo dài.

Hội chứng serotonin

- H/c **đe dọa sinh mạng** do tăng serotonin trong cuống não và tủy sống do **quá liều** hay dùng thuốc ảnh hưởng đến serotonin (**TCA, MAOIs, pethidine, tramadol, dextromethorphan**)
- Biểu hiện : thay đổi hành vi (kích động, lẫn lộn), tăng hoạt động vận động (cứng đờ, rung cơ, tăng phản xạ), và mất ổn định hệ TKTV (sốt, nhịp tim nhanh, HA không ổn định, tiêu chảy)
- Co giật, ly giải cơ vân, suy thận, loạn nhịp tim, hôn mê, tử vong
- Điều trị nâng đỡ tại Hồi sức, cơn kéo dài <24 giờ

Thuốc ức chế bắt lại serotonine (SSRI)

- Ức chế men P450 của ti thể
→ kéo dài hay tăng tác dụng warfarine, theophylline, phenytoine, carbamazepine, tolbutamine, benzodiazepine, flecaine, TCA

Gây mê BN đang dùng SSRI

- Ngưng đột ngột SSRI có thể gây H/c cai thuốc. Phải tiếp tục trong giai đoạn chu phẫu
- XN urê máu và điện giải đồ để tìm hạ natri máu ở người già
- XN đông máu và điều chỉnh các rối loạn
- Dùng BDZ cẩn thận do tác dụng có thể bị kéo dài
- Tránh dùng pethidine, tramadol, pentazocine, dextromethorphan

Thuốc MAOIs

- Thuốc điều trị trầm cảm hàng thứ ba, dùng khi kháng trị
- Men monoamine oxidase có trong màng ti thể dùng bất hoạt chất dẫn truyền TK monoamine trong bào tương. Có 2 đồng phân A và B
- MAO chuyển hóa serotonin, noradrenaline và adrenaline trong hệ TKTU.
- MAO B chuyển hóa phenylethylamine và methylhistamine. Có trong gan, phổi và TB không phải TK, chiếm 75% hoạt động của MAO
- Tyramine và dopamine là chất nền của A và B

Thuốc MAOI

- Thuốc kích thích giao cảm gián tiếp được chuyển hóa bởi MAO, có thể có tác dụng quá mức. Chúng có thể gây di chuyển lượng lớn noradrenaline từ vi hạt làm tăng HA kịch phát gây tử vong.
- Thuốc cũ (tranylcypromine, phenelzine, isocarboxazid) gắn với cả A và B. Tạo men mới cần 2-3 tuần
- Thuốc mới có hồi phục, và chọn lọc với MAO A : moclobemide
- Linezolid (Kháng sinh kháng MRSA) là thuốc chọn lọc và có hồi phục với MAO
- Selegiline ức chế MAO-B dùng trong bệnh Parkinson
- Xanh methylene cũng có tính chất MAOI

Ngưng thuốc MAOI trước mổ

- Tranylcypromine, phenelzine hay isocarboxazid: ngưng 2 tuần trước mổ. Phải có ý kiến BS tâm thần. Nếu ngưng < 2 tuần coi như đang dùng MAOI
- Moclobemide có thể ngưng an toàn trong 24 giờ trước mổ và dùng lại sau đó
- Không cần ngưng selegiline nếu dùng liều <10mg/ngày. Vẫn phải tránh dùng pethidine

Gây mê BN dùng MAOI

- Thận trọng khi GM toàn thân
- Tương tác thuốc nguy hiểm nhất là thuốc kích thích giao cảm gián tiếp và pethidine (ccđ tuyệt đối)
- Ephedrine, metaraminol, amphetamine, cocaine, tyramine có thể phóng thích noradrenaline từ vi hạt gây tăng HA kịch phát : CCĐ tuyệt đối

Gây mê BN dùng MAOI

- Thuốc kích thích giao cảm trực tiếp (noradrenaline, adrenaline, phenylephrine, methoxamine, dopamine, dobutamine, isoprenaline) có thể có tác dụng quá mức, dùng thận trọng
- Tụt HA: bù dịch, dùng rất thận trọng phenylephrine 10-20 μg

Gây mê BN đang dùng MAOI

- CCĐ: Pethidine, dextromethorphan gây h/c serotoninine
- Các thuốc phiện khác có thể dùng an toàn
- MAOI ức chế men ti thể gan, kéo dài và tăng tác dụng thuốc phiện. Hoá giải bằng naloxone
- Phenezine làm giảm cholinesterase máu , kéo dài tác dụng của succinylcholine

Gây mê BN đang dùng MAOI

- Pancuronium phóng thích noradrenaline : tránh dùng
- **Thuốc an toàn** : propofol, thiopental, etomidate, thuốc dẫn cơ (trừ pancuronium), thuốc mê hô hấp, NSAID, BDZ
- Thuốc tê an toàn (trừ cocaine), chú ý thuốc tê có pha adrenaline
- Gây tê trực TKTU là tốt nhất, nhưng điều trị tụt HA thật cẩn thận
- Atropine, glycopyrronium dùng an toàn

Các thuốc chống loạn thần và lithium

- Thuốc chống loạn thần : còn gọi là thuốc an thần chính hay liệt thần kinh (neuroleptic) : haloperidol, chlorpromazine, olanzapine và risperidone
- CĐ: tâm thần phân liệt
- Cơ chế : đối kháng thụ thể dopamine D2 của hệ TKTU
- Đối vận các thụ thể khác như histamine (H1), serotonin (5HT2), acetylcholine (muscarinic) và thụ thể α -giao cảm

Các thuốc chống loạn thần

- Tác dụng phụ: an thần, rối loạn vận động ngoại tháp và loạn động muộn (dyskinesia) khi dùng lâu ngày. Nữ hoá vú, tăng cân, hạ HA thể đứng, tác dụng kháng muscarinic, vàng da tắc nghẽn (hiếm) và agranulocytosis. Có tác dụng chống nôn mạnh
- Thuốc gây kéo dài đoạn QT, nhất là khi kết hợp với thuốc có cùng tác dụng (thuốc chống trầm cảm)
- Clozapine có nguy cơ gây agranulocytosis

Hội chứng liệt thần kinh ác tính

- Tác dụng phụ hiếm gặp, đe dọa sinh mạng của thuốc tâm thần, biểu hiện như tăng thân nhiệt ác tính
- Tỷ lệ 0,02-2,4%
- Thường gặp ở nam , trẻ
- Biểu hiện: sốt cao, nhịp tim nhanh, RL ngoại tháp (cứng đờ, tăng trương lực cơ) và RL hệ TK tự động (vã mồ hôi, HA không ổn định, chảy nước bọt, tiểu mất kiểm soát). CK và BC tăng
- Điều trị tại Hồi sức với Dantrolene .
- Tử vong 20%

Gây mê BN dùng thuốc chống loạn thần

- Ngưng thuốc đột ngột trước mổ là nguy hiểm
- Thuốc có tác dụng làm tăng tác dụng an thần và tụt HA của thuốc mê
- Tránh dùng **ketamine** do tăng ngưỡng co giật

Lithium

- Dùng trị rối loạn cảm xúc lưỡng cực (bipolar affective disorder), chất ổn định tính khí
- Tỷ lệ điều trị thấp, nồng độ trong máu 0,4-1 mmol/l
- Nhái tác dụng Natri trong mô có tính kích thích, có thể gây mở kênh ion lệ thuộc điện thế và tích tụ trong tb, gây thất thoát kali nội bào và khử cực một phần
- Dùng lâu ngày gây tăng cân, suy thận, nhược giáp

Lithium

- Độc tính lithium xảy ra ở mức $>1,5$ mmol/l và bị làm tăng thêm bởi hạ natri máu, dùng lợi tiểu, và có bệnh thận
- Bệnh cảnh : mệt mỏi/bứt rứt. Buồn nôn/nôn, khát nước, run rẩy, tiểu nhiều, thất điều, co giật, hôn mê và tử vong. Lọc máu có hiệu quả

Gây mê BN đang dùng lithium

- Ngưng lithium trước mổ 72 giờ (do TG bán thải dài). Không bị h/c ngưng thuốc.
- Làm tăng tác dụng của thuốc dẫn cơ khử cực và không khử cực → dùng máy theo dõi độ dẫn cơ
- Gây sóng T dẹt hay âm, không có hậu quả trên lâm sàng
- NSAID phải dùng thận trọng (vì nguy cơ tiềm năng gây suy thận và gây độc với lithium)

AN THẦN CHO BỆNH NHÂN KÍCH ĐỘNG

ĐẠI CƯƠNG

- BS GM thường được yêu cầu an thần BN kích động ở khoa phòng
- BN có thể trong tình trạng lú lẫn cấp tính
 - yếu tố thuận lợi : đau, môi trường xa lạ, đe dọa và người lạ.
 - Bn mất định hướng, kích động , hung hăng, tấn công và có thể có ảo thị, ảo thanh

Đại cương

- Nếu xảy ra cấp tính trên Bn tỉnh táo trước đó, nguyên nhân là thực thể. Điều trị nguyên nhân có thể giúp không phải dùng an thần
- Loại trừ hạ đường huyết, thiếu oxy mô, cai rượu cấp và cầu bàng quang
- Chẩn đoán phân biệt :
 - nhiễm trùng (phổi, nước tiểu, đường truyền),
 - thuốc (cocaine, LSD, an thần, giảm đau)
 - và rối loạn chuyển hóa (hạ natri máu)
 - CTSN, TBMMN, hưng cảm, porphyria cấp

Tiếp cận BN

- Bảo đảm an toàn cho bản thân và ê kíp.
- Tiếp cận bình tĩnh, nhẹ nhàng
- Nếu cần phải tránh BN, cần phải đủ lực lượng hỗ trợ và thảo luận với BS tâm thần
- Đặt đường truyền TM nếu được và băng kín kim luôn
- Cố gắng làm an dịu BN hơn là gây mê BN hoàn toàn
- Không được để Bn đang an thần ở một mình

Thuốc điều trị

- Haloperidol 5 mg TM (người già 1 mg). Lập lại sau 5 phút nếu không có tác dụng
- Dò liều. Tối đa 18 mg/24 giờ
- Midazolam 1-2 mg TM (dò liều). Có thể gây mất ức chế nghịch thường, đặc biệt là người già
- Cai rượu : diazepam 5-10 mg TM (hay chlodiazepozide 50 mg uống), lập lại nếu cần
- Ketamine 0,5-1 mg/kg TM hay 5-10 mg/kg TB.
Dùng cho cấp cứu khi BN rất hung dữ hay nguy hiểm
- Không dùng propofol (tác dụng ngắn) hay thuốc không quen dùng
- Tại Cấp cứu, khi không rõ bệnh sử, cần làm thêm XN (CTscan), đặt NKQ, khởi mê nhanh, monitor đầy đủ

Bệnh nhân nghiện rượu

Đại cương

- Ngộ độc cấp tính
- Ảnh hưởng sức khỏe khi dùng mạn tính
- Luôn hỏi tiền sử uống rượu của BN, dù câu trả lời ít chính xác
- Ngộ độc rượu cấp tính có thể có vấn đề ký cam kết .
 - Tránh mổ PT không cấp cứu
 - Nếu phải PT, bù nước đầy đủ, chú ý rối loạn điện giải và glucose. Cho vitamine B1 TM (Pabrinex x2/ngày, 7 ngày)

Gây mê bệnh nhân nghiện rượu

- Ngộ độc rượu cấp gây ói, hạ đường huyết, chậm làm trắng da dày
 - Khởi mê nhanh
- BN say rượu đã được vô cảm một phần, nên cần giảm liều thuốc mê hô hấp
- Nghiện rượu gây dung nạp thuốc mê và kết hợp với tăng biến chứng sau mổ 2- 5 lần

GMHS bệnh nhân nghiện rượu

- **Bệnh cơ tim do rượu:** thất T dẫn , giảm động, giảm EF.
 - Biểu hiện: suy tim ứ huyết, phù, tạo thuận lợi bởi albumine máu thấp
 - Đo ECG
- **Bệnh gan do rượu:** gđ đầu là **gan nhiễm mỡ** có hồi phục, tiến triển đến **viêm gan do rượu** (đau bụng, mất cân, vàng da, sốt) và **xơ gan** (vàng da, báng bụng, tăng áp lực TM cửa, suy gan)
 - Điều chỉnh chức năng đông máu trước mổ
 - Truyền máu
 - Suy gan: điều trị tại Hồi sức sau mổ

GMHS BN nghiện rượu

- Nhiễm toan keton có thể xảy ra với uống rượu quá nhiều kèm với ói mửa và nhin đói. Nồng độ cồn trong máu có thể đã về bình thường.
- Phải tiên liệu **triệu chứng cai rượu**.
 - đa số BN có thể chịu được 24-48 giờ không uống rượu chu phẫu
 - Không làm rắc rối thêm bằng cách cai rượu chu phẫu
- Co giật thường xảy ra 6-48 giờ sau khi ngưng uống rượu, dạng rung, tăng trương lực .
Kéo dài vài ngày
 - Giảm kali và Magne
 - Tiền triệu: mất định hướng và kích động (sảng rượu=delirium tremens)
 - Điều trị : diazepam 10 mg, lập lại nếu cần

**GÂY MÊ HỒI SỨC BỆNH NHÂN
LẠM DỤNG THUỐC**

Các vấn đề đặc hiệu

- Ngộ độc cấp
 - ảnh hưởng ký đồng thuận, giải thích trớ trêu
 - Tăng tác dụng (an thần) hoặc giảm tác dụng (thuốc kích thích) thuốc mê
 - Nghĩ đến ngộ độc cấp ở Bn giảm tri giác hoặc mất khả năng
- Lạm dụng thuốc mạn tính
 - Dinh dưỡng kém
 - Bệnh nội khoa và/hoặc tâm thần phối hợp
 - Nhiễm siêu vi: HIV, Viêm gan siêu vi

Các vấn đề đặc hiệu (2)

- BN dùng thuốc tiêm
 - Hư hỏng ven
 - B/c nhiễm trùng mạch máu
 - Nhiễm HIV, VGSV
 - Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng: hiếm, nghiêm trọng + áp xe phổi, thuyên tắc do mảng sùi và viêm mạch máu
- Phối hợp nhiều nhóm thuốc +/- rượu

Các thuốc ma túy

Thuốc	Biểu hiện lâm sàng
Cannabis	Nhịp tim nhanh, tác dụng bất thường (td, sảng khoái, lo âu, hoảng hốt hoặc loạn thần), trí nhớ kém, mệt
Kích thích: cocaine, amphetamine, ecstasy	Nhịp tim nhanh, HA dao động, kích động, sảng, ảo giác, tăng pxa, run tay, giãn đồng tử, vã mồ hôi, tăng thân nhiệt, mệt lả, hôn mê
Thuốc gây ảo giác: LSD, phencyclidine, ketamine	T/c giống giao cảm, giảm đau yếu, phán đoán sai, ảo giác, loạn thần, gây mê phân ly
Opioids: morphine, heroin, oxycodone	Sảng khoái, ức chế hô hấp, hạ HA, nhịp tim chậm, táo bón, đồng tử co nhỏ, hôn mê

Gây mê Bn lạm dụng thuốc

- Luôn nghĩ đến lạm dụng thuốc- đb trong chấn thương
- Khó chích ven
 - → đôi khi phải chích TMTW hoặc bộc lộ TM, dùng máy siêu âm để tìm ven
 - Xem xét khởi mê hô hấp
- Bảo vệ NVYT ngừa nhiễm khuẩn
- Lên kế hoạch giảm đau sau mổ với BN trước mổ
- Không thử cai thuốc chu phẫu

Gây mê Bn nghiện opioids

- Cần giảm đau tốt như BN khác. BN cai với methadone tiếp tục dùng methadone sau mổ
- Nếu opioids là thuốc giảm đau duy nhất, dùng giống BN khác, dò liều (liều cao hơn). Phối hợp gây tê vùng và NSAID sẽ giảm nhu cầu thuốc phiện
- BN đang cai nghiện đi mổ cần hỗ trợ của ê kíp cai nghiện
- BN đã cai opioid, cần ký đồng thuận trước khi dùng opioid giảm đau

Gây mê Bn nghiện cocaine

- Cocaine dạng bột hít hoặc hút
- Độc tính cocaine do kích thích giao cảm TW và ngoại vi
- LS: nhịp tim nhanh, THA, bóc tách ĐMC, loạn nhịp tim, bệnh MV, co thắt MV, NMCT, đột tử
- Co thắt mạch máu não gây đột quy, cứng đờ người, tăng pxa, tăng thân nhiệt
- Hít cocaine gây xuất huyết phế nang, phù phổi cấp.

Gây mê Bn nghiện cocaine (2)

- Triệu chứng tâm thần: hưng phấn đến loạn thần hoang tưởng (paranoid psychosis)
- BN phải PT sau nuốt cocaine phải nằm HS.
 - TD phụ đe dọa sinh mạng của cocaine là co mạch
 - Điều trị với phối hợp và dò liều thuốc dẫn mạch, thuốc chống loạn nhịp và ức chế α/β .
 - Monitoring HĐ xâm lấn

Gây mê Bn nghiện cocaine (3)

- Tránh dùng thuốc tê có pha adrenaline.
- Nếu phải dùng thuốc co mạch, liều nhỏ, dò liều.
- Tiêm cocaine vào ĐM có thể gây thiếu máu nuôi cơ quan và chi.
- Điều trị cấp cứu ngay bằng phong bế đám rối thần kinh, heparine TM, tê hạch sao, tiêm thuốc dẫn mạch vào ĐM, urokinase, rạch cân cơ giải áp sớm.

Gây mê BN nghiện ecstasy

- Ecstasy là thuốc kích thích liên quan với amphetamine. Dạng viên uống
- Biểu hiện LS:
 - Tăng thân nhiệt ($>39^{\circ}\text{C}$), DIC, và mất nước nhiều
 - Phóng thích ADH quá mức (hoặc uống nước nhiều) có thể gây hạ natri máu, hôn mê.
 - Theo dõi bù nước và điện giải.